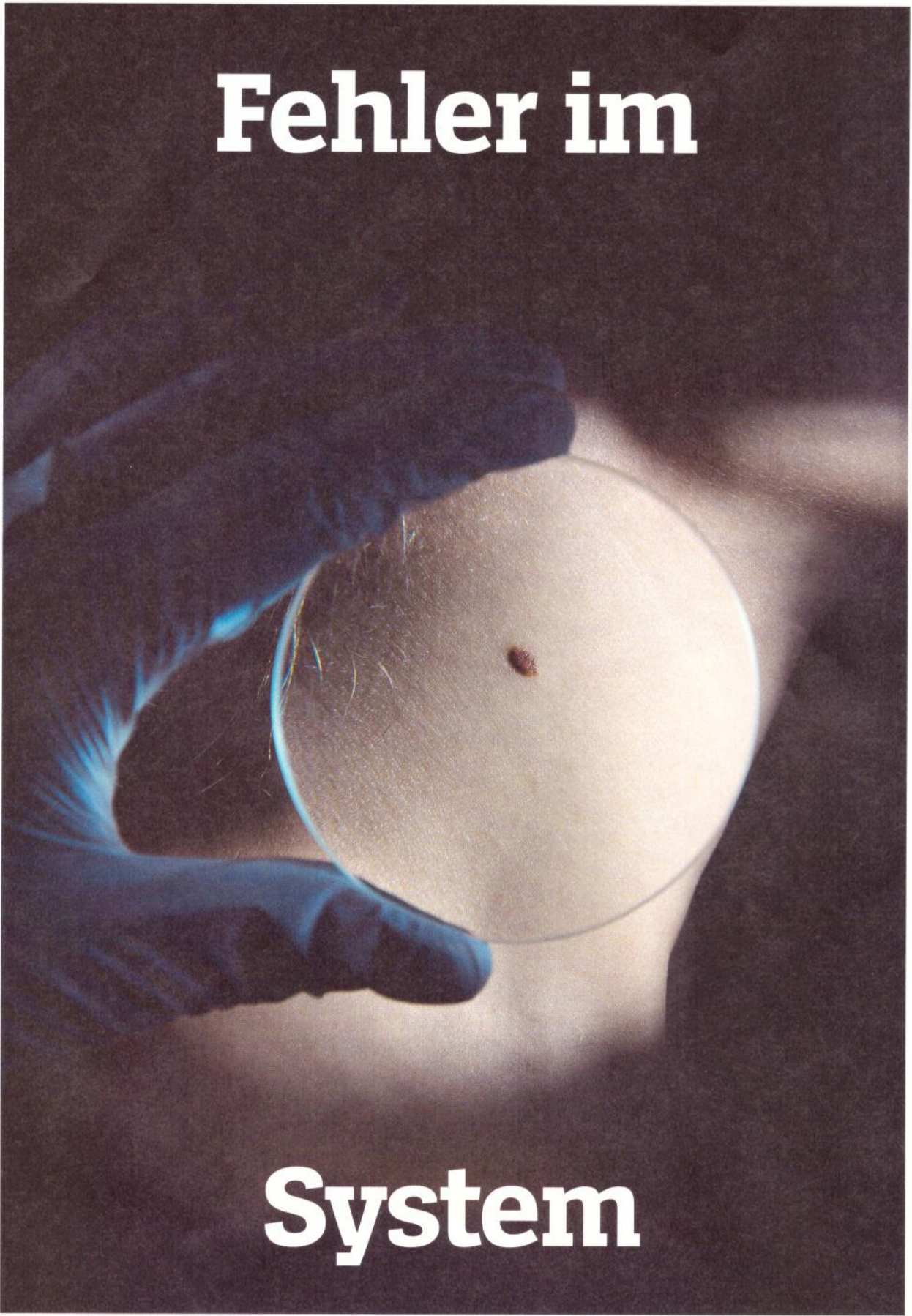


Fehler im



System

Wie gut sind eigentlich die Untersuchungsprogramme, die Krebs möglichst früh orten sollen? Der Glaube an die Screenings ist ins Wanken geraten.

VON JENS LUBBADEH

Je früher, desto besser – lange Zeit galt das als Dogma in der Krebsmedizin. Wer würde widersprechen, wenn es darum geht, einen Tumor zu bekämpfen, bevor er groß wird und im Körper streut. In diesem Geist entstanden die Krebsfrüherkennungsprogramme, die in Deutschland von den Krankenkassen bezahlt werden. Sie sollen Krebs möglichst noch im Anfangsstadium aufspüren, dann, wenn er oft noch leichter zu vernichten ist.

Bei all diesen Screeningprogrammen sind Ärzte hauptsächlich auf der Suche nach Frühstadien oder Biomarkern, messbaren Parametern, die eine beginnende Krebserkrankung im Körper anzeigen können. Und hier liegt schon eines der größten Missverständnisse bei der Früherkennung: Sie kann Krebs im besten Fall aufspüren, seine Ursache aber nicht verhindern. Das aber glauben viele Patienten irrtümlich – laut Umfragen denkt jede zweite Frau, dass eine Mammografie vor Brustkrebs schützt.

So tasten Ärzte die Prostata nach auffälligem Gewebewachstum ab, inspizieren mit Lampe und Lupe die Haut, suchen in Röntgenbildern nach kleinsten Kalkablagerungen in der weiblichen Brust, analysieren Stuhlproben auf Blutspuren und Gebärmutterhalsschleimhaut-Abstriche auf Zellveränderungen.

Doch dabei passieren Fehler – weil Biomarker ungenau und Ärzte auch nur Menschen sind. Alle Früherkennungsscreenings übersehen Tumoren und wiegen den Patienten dadurch in falscher Sicherheit. Oder, noch häufiger, sie erkennen Tumoren, wo entweder keine sind oder aber gutartige. Diese Fehlalarme versetzen gesunde Patienten in Angst und Schrecken; belastende, teure Gewebeentnahmen (Biopsien) und Folgeuntersuchungen resultieren daraus.

„Am schlimmsten aber sind Übertherapien“, sagt Ingrid Mühlhauser, Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Hamburg. „Wenn der Patient sich einer Krebstherapie unterzieht, um einen Tumor zu bekämpfen, kann es sein, dass es sich um eine Krankheit handelt, die ihn zu Lebzeiten womöglich gar nicht beeinträchtigt hätte.“

Das alte Je-früher-desto-besser-Dogma gilt nicht mehr. „Jeder Krebs ist anders“, sagt Mühlhauser. „Manche sind aggressiv, wachsen und streuen schnell, manche aber wachsen nur sehr langsam.“ So langsam, dass der Patient mit ihnen lebt und letztlich an etwas anderem stirbt, nicht aber an Krebs. Ein Screening müsse den schädlichen Krebs finden, so die Früherkennungskritikerin, und dem Patienten eine bessere Prognose bieten. Nur dann sei es sinnvoll.

Die anfängliche Euphorie gegenüber den Krebsfrüherkennungsprogrammen ist darum immer mehr Skepsis gewichen: Großstudien zur Mammografie ergaben, dass von 1000 Frauen, die 20 Jahre lang regelmäßig zur Mammografie gehen, nur 2 bis 6 weniger an Brustkrebs sterben. Zweifellos ein Gewinn, dem allerdings die 24 Frauen pro 1000 gegenüberstehen, die einen Verdachtsbefund erhalten, dadurch in Angst versetzt werden und bei denen erst Folgeuntersuchungen Entwarnung geben. Und vor allem stehen dem die 9 bis 12 pro 1000 Frauen gegenüber, die letztlich eine unnötige Krebsdiagnose und -behandlung erhalten. Noch verheerender ist das allgemeine Fazit: „Studien lassen offen, ob Frauen, die regelmäßig zur Mammografie gehen, insgesamt länger leben als Frauen, die die Untersuchung nicht in Anspruch nehmen“, schreibt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patienten erforscht.

Die Bilanz anderer Früherkennungsuntersuchungen ist ebenfalls durchwachsen. Der Stuhltest zur Früherkennung von Darmkrebs rettet einer von 1000 Frauen das Leben, produziert aber ebenfalls Fehlalarme und übersieht Tumoren. Genau wie das Hautkrebscreening und der Pap-Test auf Gebärmutterhalsschleimhautkrebs. Dennoch sind diese Tests allesamt Kasernenleistungen. Immerhin jedoch nicht der seit einigen Jahrzehnten verfügbare PSA-Test auf

In Tests analysieren Computer Mammografieberichte schneller und präziser.

Prostatakrebs, den Urologen immer wieder empfehlen. Ein hoher PSA-Wert kann auf einen Prostatatumor hindeuten, er kann aber auch durch sexuelle Aktivität, Sport und Infektionen erhöht sein. In Anbetracht dieser Bilanz fordert Ingrid Mühlhauser eine bessere Aufklärung über die Nachteile der Krebsfrüherkennungsprogramme. „Der Bürger hat ein Recht darauf zu erfahren, was der mögliche Nutzen und der mögliche Schaden der Früherkennung ist.“

Eine bessere Krebsfrüherkennung tut also not. Dafür bieten sich zwei Ansätze: Zum einen versuchen Wissenschaftler, genauere Biomarker für Krebs zu finden. Zum anderen wollen sie ein schwaches Glied in der Erkennungskette eliminieren: den Arzt, der die Auffälligkeiten in den Mammografien, auf der Haut oder anderswo übersieht. An seine Stelle könnten künftig Computer treten.

Erste Testläufe von Wissenschaftlern des Houston Methodist Research Institute deuten darauf hin, dass Rechner den Job durchaus besser erledigen können. Die Forscher ließen eine selbst entwickelte Software Mammografieberichte von mehr als 500 Brustkrebspatientinnen analysieren. In nur wenigen Stunden lagen die Ergebnisse vor, 30-mal schneller als bei Ärzten. Und dennoch lag die Erkennungsrate bei beeindruckenden 99 Prozent – Ärzte schaffen nur etwa 78 Prozent. Bei der Hautkrebserkennung liegt die Software eines Stanford-Forscher-teams bereits gleichauf mit den Dermatologen.

Wie aber findet man tief im Körper versteckte Tumoren? Krebs entsteht durch Veränderungen im Erbgut der Zellen. Wissenschaftler hoffen, künftig in normalen Blutproben Krebszellen aufspüren zu können. Entweder indem sie die frei schwimmenden entarteten Zellen selbst nachweisen oder deren mutierte DNA. Diese „flüssige Biopsie“ jedoch befindet sich noch im Experimentalstadium. Schwierig ist ihre Interpretation – denn im Blut zirkulierende Tumor-DNA findet sich nicht bei allen Krebsarten und auch nicht immer bereits in den Frühstadien. Noch fehle es an Standards, so die Deutsche Krebsgesellschaft.

Manche Erbgutveränderungen, die Krebs hervorrufen können, werden jedoch vererbt. Bei einigen Krebsarten kennt man die verantwortlichen Gene. Die vielleicht bekanntesten sind BRCA1 und BRCA2, die, falls bei ihren Trägerinnen mutiert, das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs statistisch erhöhen und meistens

auch im jüngeren Alter auftreten lassen. Mittels eines Tests der Firma Myriad Genetics lässt sich das überprüfen. Hierzulande kann er laut Gen-Diagnostikgesetz nur bei familiärem Risiko über einen Arzt veranlasst werden und erfordert eine genetische Beratung. Patienten werden also mit einer womöglich sehr belastenden Diagnose nicht allein gelassen.

Doch egal ob die Diagnose künftig von einem Computer kommt, aus Gentest oder Blutprobe, eine Frage bleibt gleich: „Welchen Krebs finden Sie mit dem Test?“, sagt Ingrid Mühlhauser. „Und verbessert der Test die Prognose für den Patienten?“

FRÜHERKENNUNGSLEISTUNGEN DER KRANKENKASSEN

Brustkrebs

Frauen ab 30 Jahren können sich einmal jährlich Brust und Achselhöhlen abtasten lassen. Im Alter von 50 bis 69 Jahren bekommen Frauen alle zwei Jahre eine Einladung zum Mammografie-Screening.

Prostatakrebs

Männern ab 45 Jahren steht einmal jährlich eine Tastuntersuchung zu.

Darmkrebs

Versicherte im Alter von 50 bis 54 Jahren können einen Stuhltest auf Blutspuren durchführen lassen. Ab 55 Jahren können Versicherte im Abstand von zehn Jahren eine Darmspiegelung machen lassen.

Hautkrebs

Ab 35 Jahren kann man alle zwei Jahre seine Haut inspizieren lassen.

Gebärmutterhalskrebs

Frauen ab 20 Jahren können ihre Genitale jährlich von einem Gynäkologen untersuchen und einen Abstrich auf Zellveränderungen der Schleimhaut machen lassen (PAP-Test).